

Le pronostic mécanique de l'accouchement en fin de grossesse et son contrôle clinique

THESE

PRESENTÉE A LA

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 25 Juin 1963
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Sedam Damien DOVY

né le 14 Avril 1932 à OUIDAH (République du Dahomey)



Imprimerie Générale Lyonnaise
32, cours Gambetta, 32 - LYON
1963

Le pronostic mécanique
de l'accouchement en fin de grossesse
et son contrôle clinique

Le pronostic mécanique de l'accouchement en fin de grossesse et son contrôle clinique

THESE

PRESENTÉE A LA

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 25 Juin 1963

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Sedam Damien DOVY

né le 14 Avril 1932 à OUIDAH (République du Dahomey)



Imprimerie Générale Lyonnaise
32, cours Gambetta, 32 - LYON
1963



PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen Honoraire	M. J. LEPINE Membre de l'Institut
Doyen	M. H. HERMANN, Correspondant de l'Institut
Assesseur	M. M. LEVRAT
Assesseur	M. L. REVOL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET.

PROFESSEURS

Physiologie A	MM. HERMANN
Clinique Urologique	CIBERT
Physique Biologique	PONTHUS (détaché à Beyrouth)
Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale	DECHAUME
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire	ROCHET
Chimie organique et toxicologie	CHAMBON
Clinique chirurgicale B	WERTHEIMER
Clinique médicale B	PAUPERT-RAVAULT
Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires	FROMENT
Clinique médicale C	CROIZAT
Chimie biologique et médicale	ENSELME
Clinique chirurgicale A	MALLET-GUY
Pharmacie galénique et matière médicale	REVOL
Clinique gynécologique	POLLOSSON
Clinique obstétricale	PIGEAUD
Médecine du travail	BOURRET
Clinique médicale A	LEVRAT
Hygiène et action sanitaire et sociale	SOHIER
Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge	BERNHEIM
Biologie médicale et pharmacodynamie	JOURDAN
Botanique et cryptogamie	NETIEN
Clinique chirurgicale C	BERTRAND
Chimie analytique pharmaceutique	BADINAND
Pharmacie chimique et pharmacologie	DREVON
Médecine légale et déontologie	ROCHE
Parasitologie et pathologie exotique	COUDERT
Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie	MOUNIER-KUHN
Clinique ophtalmologique	PAUFIQUE
Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie	THIERS
Clinique de pneumo-ptisiologie	BRUN
Clinique traumatologique des membres	CREYSEL
Clinique carcinologique	DARGENT
Anatomie pathologique	GUICHARD
Pathologie générale et expérimentale	GIRARD Paul
Anatomie	LATARIET
Pathologie chirurgicale	PEYCELON
Thérapeutique	GIRARD Marcel
Pathologie médicale	VACHON
Physio-Pathologie des voies respiratoires	GALY
Radiologie	PAPILLON
Clinique des maladies infectieuses	JEUNE
Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale ..	GONIN
Bactériologie	MONNET
Physiologie et pathologie obstétricales	BANSSILLON
Physiologie B	CHATONNET
Clinique endocrinologique	GUINET
Clinique de chirurgie orthopédique	TRILLAT
Clinique stomatologique	FREIDEL
Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles	MARION Joseph
Matière médicale et législation pharmaceutique	DORCHE
Histologie et embryologie	X...

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine	MM. BERGER
Bactériologie	BERTOYE
Physiologie	CIER Jean-François
Chirurgie générale	MANSUY

Professeurs en surnombre :

Pédiatrie et Puériculture	SARROUY
Climatologie	LACROIX
Thérapeutique chirurgicale	GOINARD
Propédeutique chirurgicale	LIARAS
Chimie pharmaceutique	COLLET

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Parasitologie	MM. ROMAN
Pharmacie chimique et Pharmacologie	CIER André
Chimie organique et toxicologie	PERROT
Histologie et embryologie	DUMONT
Anatomie pathologique	FEROLDI
Physique biologique	MORET

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Neuro-chirurgie	MM. LECUIRE
Médecine générale	REVOL Louis
Chimie biologique	CREYSSSEL Roger
Hygiène	THIVOLET
Parasitologie	GARIN
Médecine du Travail	TOLOT
Electro-Radiologie	PINET
Médecine générale	DESPIERRES
Botanique et cryptogamie	ODDOUX
Chimie analytique	de SOLLIERS
Médecine générale et thérapeutique	LEJEUNE
Chirurgie générale	REBOUILLAT
Electro-radiologie	BUFFARD
Maladies infectieuses	NAUSSAC
Pédiatrie	ROMAGNY
Stomatologie	de MOURGUES François
Anatomie	DUROUX
Anatomie	BOUCHET
Thérapeutique	BRETTE
Anatomie pathologique	TOMMASI
Hygiène	RIFFAT
Pathologie expérimentale	JOUVET
Hématologie	FAVRE-GILLY
Histologie et embryologie	GIROD
Chimie analytique	MALLEIN
Chimie biologique	GRAS
Physique biologique	PEYRIN
Bactériologie	VIALIER-RAYNARD
Biologie médicale et Pharmacodynamie	FAUCON
Physiologie	FLANDROIS

AGREGES EN EXERCICE

Médecine générale	MM. PONT
Médecine générale	VIGNON
Médecine générale	PLAUCHU
Médecine générale	TRAEGER
Médecine générale	DEVIC
Médecine générale	GARDE
Médecine générale	PERRIN André
Médecine générale	LARBRE
Médecine générale	MORNEX
Médecine générale	NORMAND
Médecine générale	FRIES
Médecine générale	LAMBERT
Médecine générale	NOEL Gilbert
Médecine générale	ROBERT
Chirurgie générale	MARION Pierre
Chirurgie générale	MICHAUD
Chirurgie générale	JAUBERT de BEAUJEU
Chirurgie générale	SAUTOT
Chirurgie générale	GUILLEMIN
Chirurgie générale	de MOURGUES Georges
Chirurgie générale	FRANCILLON
Chirurgie générale	SAUBIER
Chirurgie générale	MARET
Chirurgie générale	DESCOTES
Chirurgie générale	MICHOULIER
Obstétrique	BURTHIAULT
Obstétrique	DUMONT Martial
Obstétrique	GARMIER
Oto-rhino-laryngologie	GIGNOUX
Oto-rhino-laryngologie	GAILLARD
Pédiatrie et puériculture	FRANÇOIS
Pédiatrie et puériculture	BETHENOD
Dermatologie	COLOMB
Médecine légale	COLIN
Neuro-Psychiatrie	GUYOTAT
Neuro-Psychiatrie	SCHOTT
Ophtalmologie	BONAMOUR
Ophtalmologie	HUGONNIER
Urologie	DURAND
Electro-Radiologie	CHASSARD
Neuro-chirurgie	ALLEGRE
Orthopédie	FAYSSE
Orthopédie	SCHNEPP
Pneumo-ophthalmologie	KALB
Stomatologie	DUMAS

EXAMINATEURS DE LA THESE :

Monsieur le Professeur H. PIGEAUD
Monsieur le Professeur Agrégé P. MAGNIN
Monsieur le Professeur Agrégé A. NOTTER
Monsieur le Professeur Agrégé BURTHIAULT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AU PEUPLE DU DAHOMEY ET D'AFRIQUE NOIRE

Je dédie ce modeste travail, faible témoignage de ma très profonde reconnaissance.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A LA MEMOIRE DE MON FRERE ISAAC

A LA MEMOIRE DE MON BEAU-PERE

A LA MEMOIRE DE MA SŒUR LAURINDA

Ta vie, entièrement consacrée à nous n'a été qu'une suite d'abnégation, de labeur, de privations et de dévouement. Combien ta bienfaisante présence nous réconforterait aujourd'hui si une mort précoce ne t'avait inexorablement arrachée à notre sollicitude et à notre affection.

A ta mémoire, j'offre ce travail, en hommage de ma très sincère gratitude.

A MON PERE

En témoignage de ma très grande affection.
Puissent ta persévérance et ton ardeur au
travail nous servir d'exemple.

A MES FRERES

A MA FEMME ET A MA FILLE

Puisse ce travail, bien modeste récompense
de nos peines, vous apporter une satisfaction
méritée et une juste fierté.
Avec toute ma tendresse.

A MES PARENTS ET A MES AMIS

En qui nous avons toujours trouvé soutien et
réconfort.

A MES BEAUX-PARENTS

AUX PERES DES MISSIONS AFRICAINES DE LYON

En témoignage de notre amitié et de notre
reconnaissance.

A TOUS MES AMIS DE FRANCE

Avec tout mon attachement et toute ma fi-
délité.

AUX MEDECINS AFRICAINS NOS AINES

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Professeur H. PIGEAUD

Professeur de Clinique Obstétricale

Depuis plus d'un semestre que nous avons le privilège d'être son élève, nous avons pu, très tôt apprécier ses remarquables qualités pédagogiques et humaines.

Il nous a fait l'honneur de nous inspirer ce travail pour la réalisation duquel il nous a guidé avec tant de bienveillance et de perspicacité.

Nous le prions de trouver ici l'expression de notre très sincère gratitude.

Puissent son souci constant de perfection et ses hautes qualités obstétricales nous servir d'exemple.

A NOS JUGES :

Monsieur le Professeur Agrégé P. MAGNIN

Accoucheur des Hôpitaux

Nous avons déjà plusieurs fois profité de la richesse et de la qualité de son enseignement. Nous avons vivement souhaité qu'il examine ce travail. C'est pour nous un honneur et un encouragement que d'être jugé par lui.

Nous l'en remercions et l'assurons de notre profonde gratitude.

Monsieur le Professeur Agrégé A. NOTTER

Accoucheur des Hôpitaux

Il a été notre maître à l'Ecole de Médecine de Dijon. La clarté de ses exposés et son souci de développer la psychoprophylaxie ont certainement contribué à nous orienter vers l'Obstétrique. Nous sommes heureux de le compter parmi nos juges. Qu'il veuille accepter nos remerciements et agréer nos sentiments de respectueuse reconnaissance.

Monsieur le Professeur Agrégé BURTHIAULT

La qualité de son enseignement et son accueil toujours sympathique nous ont séduit. Il a accepté de faire partie de notre jury de thèse, nous ne saurions l'en remercier assez.

Au Docteur VEILLET

Avec notre reconnaissance pour sa sollicitude à notre égard.

Au Docteur F. BARON

Professeur de Clinique Obstétricale à Dijon

En témoignage de notre gratitude pour le précieux enseignement qu'il nous a donné.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE DAKAR

A NOS MAITRES DE L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE
DE DIJON

Avec notre respectueuse reconnaissance
pour l'enseignement qu'ils nous ont prodigué.

A NOS MAITRE DANS LES HOPITAUX

A) Hôpital A. Le Dantec - Dakar :

Monsieur le Professeur PAYET
Monsieur le Professeur Agrégé ARMENGAUD
Monsieur le Professeur Agrégé BASSET
Monsieur le Professeur Agrégé BEZES
Monsieur le Professeur Agrégé CAMAIN
Monsieur le Professeur Agrégé PENE
Monsieur le Professeur Agrégé Alfred QUENUM
Monsieur le Professeur Agrégé Cyprien QUENUM
Monsieur le Professeur Agrégé RICHIR
Monsieur le Professeur SERAFINO

B) Centre Hospitalier Universitaire de Dijon :

Monsieur le Professeur de GIRARDIER
Monsieur le Docteur VEILLET
Monsieur le Docteur BARON
Monsieur le Docteur BALLIVET
Monsieur le Professeur Agrégé CABANNE
Monsieur le Professeur Agrégé CHAPUIS
Monsieur le Professeur Agrégé CORTET
Monsieur le Professeur Agrégé GAYET
Monsieur le Professeur Agrégé Claude KLEPPING
Monsieur le Professeur Agrégé Jacques KLEPPING
Monsieur le Professeur Agrégé MOREAU

A Monsieur le Professeur Agrégé M. DUMONT

A Messieurs les Docteurs : CHARVET, DUMAS
NELKEN, NEUMANN

Avec toute notre reconnaissance.

Au Docteur REBOUL d'AUBIGNY

Il nous a toujours accueilli avec beaucoup de simplicité et de sympathie. Ses conseils judicieux ne nous ont pas fait défaut au cours de l'élaboration de ce travail.

Qu'il veuille bien accepter nos remerciements et croire à notre profonde gratitude.

AU SŒURS DE LA MATERNITE

A MESDAMES LES SAGES-FEMMES

CHAPITRE PREMIER

LES ELEMENTS

DU PRONOSTIC MECANIQUE DE L'ACCOUCHEMENT

L'intérêt de l'examen de la fin du 8^e mois ou du début du 9^e est sans nul doute le plus important à pratiquer au cours de la grossesse. Il permet d'apprécier la vitalité du fœtus, son volume et sa présentation, et en même temps de faire chez la mère un bilan de l'état général. Mais en fait, son rôle capital est de déceler les éléments de dystocie, de manière à fixer, avant tout début de travail, les conditions dans lesquelles se déroulera l'accouchement. C'est ici que l'examen méthodique du bassin trouve sa place et donne à l'accoucheur les éléments nécessaires à l'établissement du pronostic obstétrical.

L'interrogatoire, outre les antécédents obstétricaux qu'il peut révéler chez la multipare, doit chercher à préciser les antécédents pathologiques (rachitisme, poliomyélite, tuberculose osseuse, ostéomalacie, etc.) capables d'avoir des répercussions sur la configuration du bassin.

L'examen du squelette appréciera la taille de la gestante et décelera peut-être des anomalies du rachis : cyphose, scoliose, lordose ou des déformations caractéristiques au niveau des membres inférieurs.

Mais l'examen le plus important est celui du bassin. Il repose essentiellement sur trois procédés qui se complètent.

La pelvimétrie externe

Nous ne retiendrons ici que deux examens : la mesure du losange de Michaélis et celle du diamètre bi-ischiatique.

Le losange de Michaélis : il est constitué par le sommet du pli interfessier en bas, le sommet de L5 en haut, et latéralement par les épines iliaques postérieures. La diagonale verticale mesure norma-

lement 11 cm, la diagonale transversale 10 cm, l'intersection des deux se faisant à 4 cm du point supérieur.

Son intérêt : le losange de Michaélis est asymétrique dans les bassins asymétriques ; dans les bassins aplatis, on observe une diminution du triangle supérieur.

Mensuration du diamètre bi-ischiatique et étude de l'arcade pubienne

Le diamètre bi-ischiatique est couramment mesuré dans le Service. On applique les deux pouces sur la face interne des ischions, puis on évalue la distance qui sépare les deux ongles ; on y ajoute 1,5 à 2 cm, qui représentent l'épaisseur des parties molles. Ce diamètre mesure 11 cm en moyenne. La pelvimétrie externe se termine habituellement par l'exploration de la forme de l'arcade pubienne en appliquant les pouces contre les branches ischio-pubiennes.

La pelvimétrie digitale

Il est classique encore de préciser les différents temps de la pelvimétrie digitale systématique :

— exploration de la face postérieure de la symphyse et appréciation de la courbure de l'arc antérieur ;

— exploration de la face antérieure du sacrum avec repérage du promontoire ;

— mensuration du diamètre promonto-sous-pubien avec déductions secondaires du promonto-pubien minimum (P.P.M.).

En réalité, ces techniques qui, bien entendu, peuvent rendre service en dehors d'un Centre Hospitalier, sont difficiles à mettre en œuvre chez les primipares à parties molles résistantes, souvent difficiles à examiner et redoutant ces manœuvres souvent un peu douloureuses. Aussi, dans la pratique courante à la Clinique Obstétricale, la pelvimétrie digitale sert-elle uniquement à un repérage :

— symphyse très haute ;

— lignes innommées paraissant redressées ;

— première vertèbre sacrée facilement atteinte
constituent en pratique les seuls renseignements demandés aujourd'hui à la pelvimétrie interne.

Le toucher vaginal pratiqué chez toute femme venant à la visite au cours du 8^e mois, mais plus particulièrement chez celles présentant des antécédents obstétricaux suspects ou une anomalie de l'accommodation a pour but, non pas d'apprécier mathématiquement le degré d'angustie pelvienne, mais bien, pour un bassin donné, les possibilités d'accommodation de la présentation, de telle sorte que ce toucher vaginal, indispensable au pronostic, est surtout intéressant lorsque la pelvimétrie radiologique est venue apporter des précisions sur la forme et les dimensions du bassin rétréci.

La pelvimétrie radiologique

On utilise à Lyon la technique mise au point par M. le Professeur Agrégé Magnin, technique simple permettant d'obtenir des clichés parfaitement lisibles et mesurables. Elle apporte des renseignements exacts sur l'aspect et les dimensions du Déroit Supérieur. Grâce à elle, on peut mesurer, de façon précise, les diamètres transverses dont l'appréciation se révèle difficile par la clinique.

En pratique, la radio-pelvimétrie doit être pratiquée toutes les fois qu'à la fin du 8^e mois de la grossesse existe une suspicion de dystocie osseuse ; même dans les cas où la souplesse des parties molles a permis de mesurer exactement le promonto-sous-pubien, il est utile de pratiquer l'examen radiologique, car l'examen clinique le plus soigneux est incapable de rendre un compte exact des diamètres transverses au Déroit Supérieur.

On a reproché il y a quelques années à la radiopelvimétrie d'être dangereuse pour le fœtus. Une enquête menée à Paris sous la direction du Professeur M. Mayer, et poursuivie à Lyon par les recherches du Professeur Agrégé P. Magnin, a montré que si la radiographie obstétricale présentait quelques inconvénients au cours des six premiers mois, la radiopelvimétrie exécutée suivant une technique précise telle celle adoptée à Paris et à Lyon, ne présente absolument aucun danger pour le futur nouveau-né. Sur les clichés radiographiques on appréciera :

- la forme de l'arc antérieur et son rayon de courbure ;
- la hauteur et l'inclinaison de la symphyse ;
- la saillie du promontoire et la forme du sacrum.

On mesurera les diamètres antéro-postérieurs, transverses et obliques du Déroit Supérieur et on pourra apprécier le calibre et les

dimensions de l'excavation. La radiographie de l'arcade pubienne permet de voir les épines sciatiques. En pratique, ce mode d'exploration radiologique n'est pas très intéressant, car souvent il est difficile de repérer exactement ces saillies osseuses sur le cliché. Par ailleurs, la clinique donne ici des renseignements très valables en permettant d'apprécier la forme de l'arc antérieur, de mesurer le diamètre bi-ischiatique et la saillie des épines sciatiques au Déroit moyen.

Renseignements fournis par le toucher vaginal

On a déjà dit que le toucher vaginal servait au repérage des bassins rétrécis, mais qu'en réalité les renseignements utiles étaient fournis non seulement par la clinique, mais par l'apport indispensable de la radiographie.

C'est chez une femme, étudiée de ce point de vue et dont on connaît bien la forme et les dimensions du bassin, en même temps que le mode de présentation, le volume et le degré d'ossification de la tête fœtale, que l'on va dans certains cas litigieux avoir recours à des moyens de pronostic basés sur les possibilités d'accommodation.

Etant donné que l'on juge a priori que le bassin n'est pas un obstacle absolu à l'accouchement, le toucher vaginal permet d'apprécier :

a) le degré de résistance des parties molles en rapport d'une part avec la souplesse des tissus, d'autre part avec le degré d'imbibition gravidique, lequel donne des renseignements intéressants sur un certain équilibre hormonal et, dans une certaine mesure, sur la valeur contractile de l'utérus ;

b) la hauteur de la présentation et le degré d'accommodation.

L'exploration digitale permet facilement, en complément avec la palpation préalable, d'apprécier la hauteur de la présentation, mais surtout deux renseignements essentiels sont fournis par cet examen :

- l'appréciation du degré de formation du segment inférieur (S.I.) ;
- l'étude du palper introducteur (P.I.).

En réalité, ces deux recherches sont dans certains cas complémentaires, car l'existence d'un segment inférieur peut être difficile à apprécier directement si la tête est encore mobile. Par contre, au

cours du palper introducteur, dans les cas favorables, la tête en descendant déploie un segment inférieur difficile à percevoir quelques instants plus tôt. Quant au palper introducteur, il faut en rappeler la technique ainsi qu'elle figure dans la thèse de R. Lyonnet : la femme étant en position gynécologique, et tandis qu'on pratique avec une main le toucher vaginal portant l'extrémité des doigts au contact de la présentation, l'autre main appuie sur la tête fœtale sus-pubienne en cherchant à l'orienter suivant l'axe ombilico-coccygien. Chez certaines femmes obèses, l'épaisseur de la paroi rend cette manœuvre difficile et c'est l'appui sur le fond utérin qui permet de réaliser dans de moins bonnes conditions le palper introducteur.

Les résultats du palper introducteur doivent être enregistrés de la manière suivante :

a) Le palper introducteur est négatif.

La tête ne descend pas et a tendance à glisser dans une fosse iliaque ; dans ce cas le pronostic est mauvais.

b) Le palper introducteur plaque facilement la tête au Déroit Supérieur, mais ne la fait pas s'amorcer : le pronostic reste réservé.

c) Le palper introducteur fait descendre la tête à la partie supérieure de l'excavation : la présentation s'amorce facilement et ce palper introducteur, franchement positif, est d'excellent pronostic.

C'est suivant cette méthode que le pronostic obstétrical a été établi chez les femmes dont nous avons recueilli les observations. La mise en œuvre de moyens radiologiques et clinique permet, un mois avant terme, de porter un pronostic et de formuler des indications thérapeutiques.

Dans une première série de ces cas, le pronostic obstétrical est franchement défavorable, et sous réserves d'un second examen pratiqué 15 jours plus tard, on décide de pratiquer une césarienne prophylactique.

A l'opposé, le bassin est un peu rétréci, le palper introducteur est franchement positif, le pronostic est très bon : épreuve du travail au besoin prolongée avec pronostic favorable.

Les cas intermédiaires sont plus difficiles à juger, et dans ces conditions, c'est l'expérience de l'accoucheur qui va fixer le pronostic et la conduite à tenir :

- épreuve du travail de durée moyenne avec pronostic réservé ;
- épreuve du travail courte ne devant être poursuivie que si la tête se fixe franchement ;
- épreuve du travail avec attention particulière pour la fin de la descente, avec interdiction de toute intervention obstétricale dans les occipito-sacrées.

Nous allons maintenant passer en revue nos observations et voir dans quelle mesure le pronostic obstétrical s'est montré exact au cours des accouchements successifs.

CHAPITRE DEUXIEME

LES OBSERVATIONS

Nous ne tiendrons compte dans ce travail que des observations recueillies chez des primigestes.

Afin d'avoir des observations homogènes, nous nous limiterons aux examens de bassins et au pronostic obstétrical formulé par le même observateur : M. le Professeur Pigeaud.

Nous avons ainsi recensé 167 bassins de primipares.

AVERTISSEMENT

Dans la rédaction de nos observations, nous avons souvent utilisé certaines abréviations. Chaque observation est identifiée par 2 nombres : le premier correspond au numéro d'inscription, le deuxième à l'année.

D'autre part les différents diamètres du bassin sont évalués en centimètres :

P.P.M. = 10,5 signifie P.P.M. = 10,5 cm.

D.S. : détroit supérieur.

P.P.M. : promonto-pubien minimum.

T.M. : transverse médian.

D.u. : diamètre utile.

E. du T. : épreuve du travail.

Arc. pub. : arcade pubienne.

B.T.R. : bassin transversalement rétréci.

Obs. : observation.

Acct. : accouchement.

Diam. obl. G. : diamètre oblique gauche.

Diam. obl. D. : diamètre oblique droit.

OBSERVATIONS

Bassins aplatis purs

Obs. n° 87/56. — Primipare de 22 ans.

Bassin : PPM = 9, TM = 13,5.

Sacrum légèrement redressé.

Arcade pubienne normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : épreuve du travail avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.180 g.

Obs. n° 674/56. — Primipare de 28 ans.

Bassin : PPM = 9,2 TM = 13.

Sacrum redressé.

Face postérieure symphysaire : parallèle aux 2 premières sacrées.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Acct. spontané d'un enfant de 3.700 g.

Obs. n° 788/56. — Primipare de 34 ans.

Bassin : PPM = 8,5, TM = 13.

Sacrum normal.

Arc. pub. : déformation de l'arc antérieur par aplatissement de la face postérieure du pubis.

Pronostic réservé.

Décision thérapeutique : E. du T. de très courte durée.

Acct. : césarienne ; enfant de 3.100 g.

Obs. n° 585/57. — Primipare de 21 ans.

Bassin : PPM = 10, TM = 12,5 ; bi-ischiatique 9 à 9,5.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Acct. : forceps simple ; enfant de 3.450 g.

Obs. n° 638/57. — Primipare de 21 ans.

Bassin aplati canaliculé. PPM = 9,5, TM = 13,25 ; bi-ischiatique 10,5, bi-sciatique 9,5.

Sacrum plat.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Acct. spontané d'un enfant de 3.800 g.

Obs. n° 776/57. — Primipare de 24 ans.

Bassin : PPM = 9, TM = 12,5.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Acct. : forceps simple. Enfant de 3.100 g.

Obs. n° 2599/57. — Primipare de 25 ans.

Bassin : PPM = 9,8, TM = 13.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Acct. spontané d'un enfant de 2.950 g.

Obs. n° 121/58. — Primipare de 23 ans.

Bassin : PPM < 10,25, TM < 12,5.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. prolongée avec pronostic favorable.

Acct. spontané d'un enfant de 3.000 g.

Obs. n° 565/58. — Primipare de 26 ans.

Bassin : aplati pur, annelé, PPM = 9,2, TM = 13.

Sacrum plat.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. poussée avec pronostic favorable.

Acct. : forceps simple. Enfant de 3.750 g.

Obs. n° 672/58. — Primipare de 27 ans.

Bassin aplati pur étagé. PPM = 9,5, TM = 12,5.

Sacrum avec faux promontoire.

Arc. pub. normale.

Pronostic : réservé (siège irréductible).

Décision thérapeutique : césarienne prophylactique.

Acct : césarienne. Enfant de 2.950 g.

Obs. n° 699/58. — Primipare de 21 ans.

Bassin : PPM = 10, TM = 13.

Sacrum normal.

Arc. pub. légèrement déformée.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Acct. spontané d'un enfant de 3.160 g.

Obs. n° 1173/58. — Primipare de 31 ans.

Bassin : PPM = 9,5, TM = 14.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. portant uniquement sur l'engagement avec pronostic favorable.

Acct. spontané d'un enfant de 3.600 g.

Obs. n° 1310/58. — Primipare de 27 ans.

Bassin aplati pur, canaliculé, PPM = 9,2, TM = 12,75.

Sacrum plat.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. de durée moyenne avec pronostic favorable.

Acct. spontané d'un enfant de 3.120 g.

Obs. n° 1956/58. — Primipare de 40 ans.

Bassin : PPM = 10,25, TM < 13.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Acct. : forceps simple. Enfant de 3.720 g.

Obs. n° 234/59. — Primipare de 34 ans.

Bassin : PPM = 9,5, TM = 14.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic réservé (front).

Décision thérapeutique : E. du T. avec surveillance particulière.

Acct. : césarienne. Enfant de 3.750 g.

Obs. n° 399/59. — Primipare de 29 ans.

Bassin : PPM < 9,75, TM < 12,25.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. un peu poussée avec pronostic favorable.

Acct. : Forceps simple. Enfant de 2.450 g.

Obs. n° 2854/59. — Primipare de 31 ans.

Bassin : PPM < 9,5, TM < 13.

Sacrum normal.

Arc. pub. de rayon de courbure légèrement augmenté.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Acct. spontané d'un enfant de 2.940 g.

Obs. n° 236/60. Primipare de 27 ans.

Bassin : PPM < 9,75, TM < 13,75.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Acct. spontané d'un enfant de 3.500 g.

Obs. n° 1260/60. — Primipare de 20 ans.

Bassin : PPM < 9, TM = 12,5.

Sacrum redressé avec de nombreux faux promontoires.

Arc. pub. normale.

Pronostic réservé.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic réservé.

Acct. : Césarienne. Enfant de 3.800 g.

Obs. n° 1854/60. — Primipare de 25 ans.

Bassin : PPM = 10, DU = 9,8, TM = 12,5.

Sacrum de forte courbure.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Acct. : Césarienne. Enfant de 3.980 g.

Obs. n° 2363/60. - Primipare de 23 ans.

Bassin : PPM = 10,2, TM = 12,6.

Sacrum redressé.

Arc. pub. haute.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Acct. : Forceps. Enfant de 3.420 g.

Obs. n° 913/61. — Primipare de 30 ans.

Bassin étagé, PPM = 9,7, TM = 12,5.

Sacrum avec faux promontoire.

Arc. pub. normale.

Pronostic mauvais (siège).

Décision thérapeutique : césarienne, en principe.

Acct. : Césarienne. Enfant de 2.700 g.

Obs. n° 1521/61. — Primipare de 27 ans.

Bassin : PPM < 9,75, TM < 12,25.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Acct. spontané d'un enfant de 3.000 g.

Obs. n° 2014/61. — Primipare de 24 ans.

Bassin : PPM = 9, TM = 12,5.

Sacrum redressé avec faux promontoire.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Acct. spontané d'un enfant de 3.400 g.

Obs. n° 2510/61. — Primipare de 24 ans.

Bassin : PPM = 9, TM = 12,5.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Acct. : Césarienne. Enfant de 3.300 g.

Obs. n° 2883/61. — Primipare de 22 ans.

Bassin : PPM = 10, TM = 12,8.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Acct. spont. d'un enfant de 2.800 g.

Obs. n° 2886/61. — Primipare de 25 ans.

Bassin : PPM = 9,5, TM = 12,8.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Acct. spontané d'un enfant de 3.000 g.

Obs. n° 2953/61. — Primipare de 28 ans.

Bassin : PPM = 10, TTM = 12,8.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Acct. : Forceps. Enfant de 3.400 g.

Obs. n° 673/62. — Primipare de 26 ans.

Bassin : PPM. = 9,8, TM = 13.

Sacrum normal.

Arc. pub. légèrement redressée.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Acct. spontané d'un enfant de 3.780 g.

Obs. n° 1044/62. — Primipare de 19 ans 1/2.

Bassin : PPM = 10,4, TM = 10,8.

Sacrum avec faux promontoire S1 S2.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Acct. spontané d'un enfant de 3.320 g.

Obs. n° 1173/62. — Primipare de 25 ans.

Bassin : PPM = 9,8, TM = 13.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. de pronostic favorable.

Acct. spontané d'un enfant de 3.460 g.

Obs. n° 2141/62. — Primipare de 36 ans.

Bassin : PPM = 10, TM = 13.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Acct. : Césarienne, car souffrance fœtale. Enfant de 3.960 g.

Obs. n° 2779/62. — Primipare de 23 ans.

Bassin : PPM = 10,3, TM = 12,3.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Acct. spontané (provoqué pour terme dépassé) d'un enfant de 3.500 g.

Obs. n° 2764/62. — Primipare de 24 ans.

Bassin : PPM = 9,2, TM = 12.

Sacrum normal.

Arc. pubienne normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. de pronostic favorable.

Acct. spontané d'un enfant de 3.140 g.

Bassins transversalement rétrécis

Nous avons regroupé dans cette catégorie, les bassins transversalement rétrécis purs et les bassins transversalement et généralement rétrécis.

Obs. n° 743/56. — Primipare de 23 ans.

Bassin : PPM = 10,5 TM = 11,2.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Acct. spontané d'un enfant de 3.400 g.

Obs. n° 757/56. — Primipare de 25 ans.

Bassin : à la limite du BTR ; PPM = 11, TM = 12 ; bi-ischiatique : 11 ;
bischiatique : 9,5.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement : Forceps simple. Enfant de 3.700 g.

Obs. n° 1539/56. — Primipare de 28 ans.

Bassin : coxalgique, PPM = 12, TM = 11,5.

Sacrum normal.

Arc. pub. déformée du côté gauche.

Pronostic réservé.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic réservé.

Accouchement : Césarienne. Enfant de 2.900 g.

Obs. n° 1990/56. — Primipare de 23 ans.

Bassin : PPM = 11, TM = 11.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic favorable en principe.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement : Césarienne. Enfant de 3.800 g.

Obs. n° 2606/56. — Primipare de 21 ans.

Bassin : PPM = 10,25, TM = 10,5.

Sacrum normal.

Arc antérieur réduit.

Pronostic mauvais (siège irréductible).

Décision thérapeutique : E. du T. courte.

Accouchement : Césarienne. Enfant de 3.000 g.

Obs. n° 580/57. — Primipare de 25 ans.

Bassin : PPM = 11,8, TM = 11,8.

Sacrum : sacralisation de L5.

Arc. pub. : redressement des lignes innommées plus marqué du côté droit.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.500 g.

Obs. n° 895/57. — Primipare de 20 ans.

Bassin : PPM = 12, TM = 11, bi-ischiatique = 10.

Sacrum normal.

Arc antérieur réduit.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 2.850 g.

Obs. n° 995/57. — Primipare de 24 ans.

Bassin : à la limite de BTR ; PPM > 11, TM = 12.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.140 g.

Obs. n° 2109/57. — Primipare de 23 ans.

Bassin : PPM = 10,7, TM = 10,5 ; bi-ischiatique rétréci.

Sacrum normal.

Arc. pub. haute.

Pronostic : impression défavorable.

Décision thérapeutique : E. du T. de durée normale.

Accouchement : Forceps simple. Enfant de 4.260 g.

Obs. n° 2161/57. — Primipare de 44 ans.

Bassin : PPM = 9,8, TM = 11,5.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic réservé.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic réservé.

Accouchement : Césarienne. Enfant de 3.500 g.

Obs. n° 2436/57. — Primipare de 37 ans.

Bassin : déformé à grand diamètre antéro-postérieur prédominant.

PPM = 12,5 TM = 12.

Sacrum : sacralisation de L5.

Arc. pub. très haute.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement : Forceps simple. Enfant de 3.420 g.

Obs. n° 378/58. — Primipare de 30 ans.

Bassin : PPM = 12, TM = 11,5.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 4.050 g.

Obs. n° 757/58. — Primipare de 22 ans.

Bassin : PPM = 11,5 TM = 11,25.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.260 g.

Obs. n° 2.346/58. — Primipare de 30 ans.

Bassin : PPM = 10,8, TM = 11,8.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic réservé.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic réservé.

Accouchement : Césarienne. Enfant de 3.700 g.

Obs. n° 2669/58. — Primipare de 18 ans.

Bassin TR congénital. PPM = 11, TM = 11.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.600 g.

Obs. n° 2704/58. — Primipare de 20 ans.

Bassin : PPM = 10,5, TM = 11,5.

Sacrum normal.

Léger redressement des lignes innominées.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.600 g.

Obs. n° 2910/58. — Primipare de 18 ans.

Bassin : PPM = 13, TM = 11,2.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement : Césarienne pour terme dépassé de 21 jours. Enfant de 4.280 g.

Obs. n° 87/59. — Primipare de 14 ans.

Bassin : PPM = 10,5, TM = 11,5, bi-ischiatique = 9,5.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. pour l'engagement avec pronostic favorable.

Accouchement : Césarienne pour éclampsie au cours de la période de dilatation. Enfant de 3.200 g.

Obs. n° 326/59. — Primipare de 23 ans.

Bassin : PPM = 10,5, TM = 11,6.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.
Accouchement spontané d'un enfant de 2.800 g.

Obs. n° 444/59. — Primipare de 29 ans.

Bassin : PPM = 11, TM = 10,5.

Sacrum avec faux promontoire S1 S2.

Arc. pub. haute avec redressement des lignes innommées, importante saillie des épines sciatiques.

Pronostic mauvais.

Décision thérapeutique : E. du T. très courte.

Accouchement : Césarienne. Enfant de 3.220 g.

Obs. n° 570/59. — Primipare de 20 ans.

Bassin déformé. PPM = 11, TM = 11. Diam. obl. g = 11. Diam. obl. d. = 11.

Sacrum avec faux promontoire S1 S2.

Arc. pub. déformée.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.280 g.

Obs. n° 729/59. — Primipare de 30 ans.

Bassin : PPM = 9,8, TM = 11 ; bisciatique = 9,8 ; bi-ischiatique = 10,5.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic réservé.

Décision thérapeutique : E. du T. courte.

Accouchement : Forceps d'essai simple. Enfant de 2.920 g.

Obs. n° 791/59. — Primipare de 33 ans.

Bassin : PPM = 12,5, TM = 11,5.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic réservé (siège irréductible).

Décision thérapeutique : Césarienne prophylactique.

Accouchement : Césarienne. Enfant de 3.250 g.

Obs. n° 830/59. — Primipare de 34 ans.

Bassin : PPM = 10,2, TM = 11,5.

Sacrum avec faux promontoire S1 S2.

Arc. pubienne : léger redressement du côté droit.

Pronostic réservé.

Décision thérapeutique : Césarienne prophylactique (néphropathie gravidique et terme dépassé).

Accouchement : Césarienne. Enfant de 2.500 g.

Obs. n° 1023/59. — Primipare de 22 ans.

Bassin : PPM < 10,5, TM < 11,75.

Sacrum normal.

Arc. pub. large.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 4.000 g.

Obs. n° 1231/59. — Primipare de 21 ans.

Bassin : PPM = 10,8, TM = 11,2.

Sacrum légèrement déformé.

Mauvais arc antérieur.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement : Forceps simple. Enfant de 3.350 g.

Obs. n° 1284/59. — Primipare de 19 ans 1/2.

Bassin : PPM = 11, TM = 10,5.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 2.800 g.

Obs. n° 1600/59. — Primipare de 18 ans 1/2.

Bassin : PPM = 10, TM = 10,5.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic : impression défavorable.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic défavorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 2.580 g.

Obs. n° 1623/59. — Primipare de 38 ans.

Bassin : PPM < 13, TM < 11,25 ;

Biscliatique < 10 ; bi-iscliatique < 12.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement : Forceps simple. Enfant de 3.140 g.

Obs. n° 1654/59. — Primipare de 28 ans.

Bassin : PPM < 11,5, TM < 11,75 ; bi-iscliatique = 9,5.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic réservé.

Décision thérapeutique : E. du T. un peu poussée.

Accouchement : Forceps simple. Enfant de 2.880 g.

Obs. n° 2088/59. — Primipare de 32 ans.

Bassin : PPM = 11, TM = 10,9.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement : Spatules. Enfant de 3.300 g.

Obs. n° 2424/59. — Primipare de 29 ans.

Bassin en écusson. PPM = 11, TM = 11,5.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.250 g.

Obs. n° 2925/59. — Primipare de 19 ans.

Bassin : PPM = 11,2, TM = 11,2.

Sacrum redressé sur toute sa hauteur.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané (prématuré) d'un enfant de 2.720 g.

Obs n° 430/60. — Primipare de 32 ans.

Bassin : PPM = 10,2, TM = 11,2.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic réservé (siège, dysgravidie, hypertension).

Décision thérapeutique : Césarienne prophylactique.

Accouchement : Césarienne. Enfant de 3.600 g.

Obs. n° 470/60. — Primipare de 30 ans.

Bassin : PPM = 10,8, DU = 10,2, TM = 10,9.

Sacrum avec faux promontoire.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement : Spatules. Enfant de 3.600 g.

Obs. n° 521/60. — Primipare de 19 ans.

Bassin : PPM = 10, TM = 10,3.

Sacrum normal.

Arc. pub. paraissant redressée.

Pronostic réservé.

Décision thérapeutique : E. du T. courte.

Accouchement : Césarienne. Enfant de 2.800 g.

Obs. n° 808/60. — Primipare de 40 ans.

Bassin : PPM = 11, TM = 12,2 ; bisciatique = 8,7 ; bi-ischiatique = 9.

Sacrum normal.

Arc. pub. diminuée.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement : Forceps simple. Enfant de 2.800 g.

Obs. n° 859/60. — Primipare de 24 ans.

Bassin : PPM = 11,2, TM = 11,3.

Sacrum normal.

Arc. pub. redressée.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. poussée avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.900 g.

Obs. n° 894/60. — Primipare de 26 ans.

Bassin : PPM < 10,75, TM < 12,25. Excavation déformée.

Sacrum redressé.

Arc. pub. normale.

Pronostic favorable.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.400 g.

Obs. n° 1394/60. — Primipare de 23 ans.

Bassin : PPM < 11, TM < 11,5.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic théoriquement bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement : Forceps simple. Enfant de 3.500 g.

Obs. n° 1443/60. — Primipare de 37 ans.

Bassin : PPM = 12, TM = 11,8.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.400 g.

Obs. n° 2381/60. — Primipare de 27 ans.

Bassin : PPM < 11, TM < 11,5.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic normal.

Accouchement spontané d'un enfant de 2.760 g.

Obs. n° 2622/60. — Primipare de 28 ans.

Bassin : PPM = 10,2, TM = 11,5.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement : Forceps simple. Enfant de 3.000 g.

Obs. n° 2814/60. — Primipare de 27 ans.

Bassin : PPM = 10,5, TM = 11.

Sacrum plat.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. de durée moyenne avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.200 g.

Obs. n° 2821/60. — Primipare de 28 ans.

Bassin à la limite du BTR. PPM = 11, TM = 12.

Sacrum en hippocampe.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement : Forceps simple. Enfant de 3.180 g.

Obs. n° 2947/60. — Primipare de 22 ans.

Bassin : PPM ≤ 10, TM ≤ 11,5.

Sacrum normal.

Arc. pub. légèrement déformée.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.200 g.

Obs. n° 55/61. — Primipare de 27 ans 1/2.

Bassin à la limite des BTR. PPM = 11, TM = 12.

Sacrum en hippocampe.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.400 g.

Obs. n° 376/61. — Primipare de 20 ans.

Bassin : PPM = 10,1, TM = 11,5 ; biscliatique = 11 ; bi-ischiatique = 12.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. de durée normale avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.140 g.

Obs. n° 679/61. — Primipare de 21 ans.

Bassin : PPM = 10,5, TM = 11.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 2.600 g.

Obs. n° 791/61. — Primipare de 26 ans.

Bassin : PPM = 10,8, TM = 11,6.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.300 g.

Obs. n° 817/61. — Primipare de 28 ans.

Bassin : PPM < 11, TM < 11,3.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.120 g.

Obs. n° 885/61. — Primipare de 30 ans.

Bassin : PPM = 10,8, TM = 11,6.

Sacrum plat.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.000 g.

Obs. n° 1104/61. — Primipare de 19 ans.

Bassin : PPM = 13, TM = 11,7.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.520 g.

Obs. n° 1302/61. — Primipare de 33 ans.

Bassin : PPM = 11,5, TM = 11,2.

Détroit inférieur rétréci.

Pronostic assez bon.

Décision thérapeutique : E. du T., mais césarienne en cas de difficulté au détroit inférieur.

Accouchement : Césarienne. Enfant de 3.400 g.

Obs. n° 1568/61. — Primipare de 28 ans.

Bassin : PPM < 11, TM = 11.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.200 g.

Obs. n° 2345/61. — Primipare de 25 ans.

Bassin : PPM = 10,1, TM = 11,6.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.250 g.

Obs. n° 2842/61. — Primipare de 20 ans.

Bassin : PPM = 10,1, TM = 9,3.

Sacrum en hippocampe.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement : Césarienne. Enfant de 2.820 g.

Obs. n° 142/62. — Primipare de 20 ans.

Bassin : PPM = 10,4, TM = 11.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic réservé.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic réservé.

Accouchement : Césarienne. Enfant de 3.600 g.

Obs. n° 612/62. — Primipare de 21 ans.

Bassin : PPM = 11,4, TM = 10.

Sacrum redressé.

Arc. pub. normale.

Pronostic assez bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.080 g.

Obs. n° 771/62. — Primipare de 19 ans 1/2.

Bassin : PPM = 10,4, TM = 12.

Sacrum avec faux promontoire.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 2.800 g.

Obs. n° 969/62. — Primipare de 21 ans.

Bassin : PPM = 10, TM = 11,5.

Sacrum avec faux promontoire.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.500 g.

Obs. n° 1879/62. — Primipare de 26 ans.

Bassin : PPM = 9,7, TM = 11,6.

Sacrum redressé.

Arc. pub. normale.

Pronostic réservé.

Décision thérapeutique : E. du T. un peu poussée.

Accouchement : Forceps simple. Enfant de 4.000 g.

Obs. n° 2064/62. — Primipare de 20 ans.

Bassin : PPM = 12, TM = 11,5.

Sacrum normal.

Arc. pubienne normale.

Pronostic réservé.

Décision thérapeutique : Césarienne en fonction de l'E. du T.

Accouchement spontané d'un enfant de 2.960 g.

Obs. n° 2121/62. — Primipare de 30 ans.

Bassin : PPM = 11,5, TM = 11,8.

Sacrum en hippocampe.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.200 g.

Obs. n° 2201/62. — Primipare de 23 ans.

Bassin : PPM = 11,3, TM = 11,5.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement : Forceps simple. Enfant de 3.540 g.

Obs. n° 2539/62. — Primipare de 16 ans 1/2.

Bassin : PPM = 11,2, TM = 11.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.160 g.

Obs. n° 2572/62. — Primipare de 24 ans.

Bassin : PPM = 10,6, TM = 11,3.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.460 g.

Obs. n° 2804/62. — Primipare de 19 ans.

Bassin : PPM = 10, TM = 11.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement : Forceps simple. Enfant de 3.550 g.

Obs. n° 2835/62. — Primipare de 26 ans.

Bassin : PPM = 10,5, TM = 11,5.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement : Forceps simple. Enfant de 3.300 g.

Bassins aplatis et généralement rétrécis

Obs. n° 699/56. — Primipare de 31 ans.

Bassin : PPM = 9, TM = 11,5.

Sacrum normal.

Imperfection de l'arc antérieur.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.000 g.

Obs. n° 851/56. — Primipare de 24 ans.

Bassin : DU = 9,5, TM = 11,5.

Sacrum normal.

Arc. pub. de rayon de courbure diminué.

Pronostic réservé.

Décision thérapeutique : E. du T. avec surveillance particulière.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.000 g.

Obs. n° 2687/57. — Primipare de 19 ans 1/2.

Bassin : PPM = 9,6, TM = 11,8.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.700 g.

Obs. n° 55/59. — Primipare de 30 ans.

Bassin chirurgical : PPM = 8,5, TM = 11,5, bi-ischiatique 10,5.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic mauvais.

Décision thérapeutique : césarienne prophylactique.

Accouchement : césarienne. Enfant de 3.200g.

Obs. n° 223/59. — Primipare de 26 ans.

Bassin : PPM = 9,1, TM = 11,5, bi-ischiatique = 9,5.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic réservé.

Décision thérapeutique : E. du T. normalement réglée.

Accouchement : césarienne. Enfant de 3.220 g.

Obs. n° 1195/59. — Primipare de 18 ans.

Bassin : PPM = 9, TM = 11,5.

Sacrum avec faux promontoire.

Arc. pub. normale.

Pronostic réservé.

Décision thérapeutique : E. du T. d'une durée normale.

Accouchement : césarienne. Enfant de 3.400 g.

Obs. n° 1292/59. — Primipare de 35 ans.

Bassin étagé : PPM = 9, DU = 8,5, TM = 11,8.

Sacrum avec faux promontoire.

Mauvais arc antérieur.

Pronostic : bassin pratiquement chirurgical ; mauvais pronostic.

Décision thérapeutique : césarienne prophylactique.

Accouchement : césarienne. Enfant de 3.700 g.

Obs. n° 1531/59. — Primipare de 19 ans.

Bassin : PPM 9,5, TM = 11, bi-ischiatique = 10, bisciatique 9,5.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic défavorable.

Décision thérapeutique : E. du T. courte.

Accouchement : césarienne. Enfant de 3.800 g.

Obs. n° 2481/59. — Primipare de 17 ans.

Bassin : PPM < 9,25, TM = 11,75, bi-ischiatique = 9,5.

Sacrum avec faux promontoire.

Arc. pub. étroite.

Pronostic réservé.

Décision thérapeutique : E. du T. courte.

Accouchement : césarienne. Enfant de 3.750 g.

Obs. n° 56/60. — Primipare de 28 ans.

Bassin : PPM < 9,75, PM = 11,5.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.600 g.

Obs. n° 522/60. — Primipare de 24 ans.

Bassin : PPM = 9,75, TM = 12.

Sacrum normal.

Arc. pub. légèrement redressée du côté droit.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.200 g.

Obs. n° 580/60. — Primipare de 24 ans.

Bassin : PPM = 9,2, TM = 11, bi-ischiatique = 9,3.

Sacrum en hippocampe.

Arc. pub. normale.

Pronostic réservé.

Décision thérapeutique : courte E. du T., césarienne prophylactique.

Accouchement : Césarienne. Enfant de 2.540 g.

Obs. n° 699/60. — Primipare de 25 ans.

Bassin : PPM = 10,1, TM = 11,4.

Sacrum redressé.

Redressement de la ligne innommée droite.

Pronostic moyen.

Décision thérapeutique : E. du T. de durée moyenne, césarienne prophylactique.

Accouchement : Césarienne. Enfant de 2.750 g.

Obs. n° 1143/60. — Primipare de 19 ans 1/2.

Bassin : PPM = 9,7 TM = 10,9.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic réservé, mais PI + + +.

Décision thérapeutique : E. du T. avec surveillance particulière.

Accouchement : Forceps d'essai simple. Enfant de 3.300 g.

Obs. n° 1212/60. — Primipare de 19 ans.

Bassin : PPM < 10, TM = 11,2.

Sacrum normal.

Arc. pub. redressée.

Pronostic réservé.

Décision thérapeutique : E. du T. de durée normale.

Accouchement spontané d'un enfant de 2.450 g.

Obs. n° 2200/60. — Primipare de 20 ans.

Bassin : PPM < 9,2, TM = 11.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic réservé.

Décision thérapeutique : E. du T. de durée normale.

Accouchement spontané d'un enfant de 2.600 g.

Obs. n° 505/61. — Primipare de 40 ans.

Bassin : PPM = 8, TM = 9.

Sacrum normal.

Mauvaise arcade pubienne.

Pronostic mauvais (bassin chirurgical).

Décision thérapeutique : césarienne prophylactique.

Accouchement : Césarienne. Enfant de 3.180 g.

Obs. n° 564/61. — Primipare de 24 ans.

Bassin : PPM = 9,5, TM = 12.

Sacrum normal, mais avec quelques stigmates de rachitisme.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement : Forceps simple. Enfant de 3.400 g.

Obs. n° 633/61. — Primipare de 22 ans.

Bassin : PPM = 10,25, TM = 11,5.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 2.750 g.

Obs. n° 1569/61. — Primipare de 19 ans.

Bassin : PPM = 9,8, TM = 11,8.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic réservé.

Décision thérapeutique : E. du T. un peu poussée.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.600 g.

Obs. n° 1660/61. — Primipare de 19 ans.

Bassin : PPM = 9,5, TM = 12.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.550 g.

Obs. n° 223/62. — Primipare de 33 ans.

Bassin : PPM = 8,5, TM = 11, bi-ischiatique 10,8.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic mauvais (bassin chirurgical).

Décision thérapeutique : césarienne prophylactique.

Accouchement : Césarienne. Enfant de 3.350 g.

Obs. n° 302/62. — Primipare de 21 ans.

Bassin : PPM = 10,3, TM = 11,5.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement : Forceps simple. Enfant de 3.000 g.

Obs. n° 330/62. — Primipare de 22 ans.

Bassin : PPM = 9,2, TM = 11,3.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic réservé.

Décision thérapeutique : E. du T. de durée moyenne.

Accouchement : Césarienne. Enfant de 3.900 g.

Obs. n° 339/62. — Primipare de 21 ans.

Bassin : PPM = 9, TM = 12,2.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.480 g.

Obs. n° 1605/62. — Primipare de 27 ans.

Bassin : PPM = 9,5, TM = 12.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic en principe bon.

Décision thérapeutique : E. du T. courte, car myomectomie antérieure.

Accouchement : Césarienne. Enfant de 3.650 g.

Obs. n° 1609/62. — Primipare de 22 ans.

Bassin : PPM = 9,3, TM = 11,4.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement : Forceps simple. Enfant de 3.080 g.

Bassins généralement rétrécis

Obs. n° 2855/57. — Primipare de 27 ans.

Bassin : PPM = 10, TM = 12.

Sacrum avec faux promontoire.

Arc. pub. normale.

Pronostic réservé (gros enfant).

Décision thérapeutique : E. du T. de durée normale.

Accouchement : Forceps simple. Enfant de 4.120 g.

Obs. n° 539/58. — Primipare de 30 ans.

Bassin : PPM < 10, TM = 11,75.

Sacrum redressé.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.000 g.

Obs. n° 2464/58. — Primipare de 20 ans.

Bassin : PPM = 10, TM = 11,8.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec surveillance particulière de pronostic favorable.

Accouchement : Césarienne. Enfant de 3.750 g.

Obs. n° 2519/58. — Primipare de 26 ans.

Bassin : PPM = 10,3, TM = 12.

Sacrum avec faux promontoire.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.300 g.

Obs. n° 2594/58. — Primipare de 27 ans.

Bassin : PPM = 10,1, TM = 11,1.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.650 g.

Obs. n° 2876/58. — Primipare de 23 ans.

Bassin : PPM = 10, TM = 12.

Sacrum normal.

Arc. pub. de rayon de courbure inférieur à la normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement : Spatules. Enfant de 3.550 g.

Obs. n° 323/59. — Primipare de 20 ans.

Bassin : PPM = 10, TM = 11,5, bi-ischiatique = 8,8.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic réservé.

Décision thérapeutique : E. du T. courte.

Accouchement : Césarienne. Enfant de 3.700 g.

Obs. n° 3041/60. — Primipare de 16 ans 1/2.

Bassin : PPM = 10, TM = 12.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.900 g.

Obs. n° 291/61. — Primipare de 29 ans.

Bassin : PPM = 10, TM = 11,8.

Sacrum avec faux promontoire S1 S2.

Arc. pub. normale.

Pronostic réservé.

Décision thérapeutique : E. du T. de durée moyenne.

Accouchement : Forceps simple. Enfant de 3.200 g.

Obs. n° 1026/61. — Primipare de 26 ans.

Bassin : PPM = 9,5, TM = 11,2.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic mauvais.

Décision thérapeutique : césarienne prophylactique.

Accouchement : Césarienne. Enfant de 3.400 g.

Obs. n° 2671/61. — Primipare de 27 ans.

Bassin : PPM = 10,2, TM = 12,2.

Sacrum de courbure exagérée.

Arc. pub. : symphyse haute.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement : Césarienne, car terme dépassé. Enfant de 4.000 g.

Obs. n° 2277/62. — Primipare de 22 ans.

Bassin : PPM = 9,5, TM = 10,2.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic réservé : E. du T. courbe.

Accouchement : Césarienne. Enfant de 3.800 g.

Obs. n° 2599/62. — Primipare de 29 ans.

Bassin : PPM = 9,2, TM = 11.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic mauvais.

Décision thérapeutique : Absence d'accommodation. Césarienne prophylactique.

Accouchement : Césarienne. Enfant de 3.700 g.

Bassins asymétriques

Obs. n° 150/56. — Primipare de 23 ans.

Bassin : PPM = 10,5, TM = 11,8, bi-ischiatique : 10,8.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement : Forceps simple. Enfant de 3.950 g.

Obs. n° 2313/56. — Primipare de 18 ans.

Bassin : PPM = 10,5, TM = 12,5. Oblique droit = 11,8: Oblique gauche = 12.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.000 g.

Obs. n° 1856/58. — Primipare de 30 ans.

Bassin : d'asymétrie légère (arthrodèse). PPM = 10,5, TM = 13.

Sacrum normal.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.080 g.

Obs. n° 2133/58. — Primipare de 21 ans.

Bassin : de luxation congénitale. PPM < 11, TM < 13.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.300 g.

Obs. n° 2691/58. — Primipare de 22 ans.

Bassin de légère asymétrie. PPM = 13, TM = 13, bi-ischiatique : 10,5.

Sacrum normal.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.140 g.

Obs. n° 2901/58. — Primipare de 27 ans.

Bassin asymétrique au Déroit Supérieur. PPM < 10,5, TM = 11,3. Diamètre oblique droit = 10. Diamètre oblique gauche = 11,5.

Pronostic réservé.

Décision thérapeutique : E. du T. un peu poussée, avec pronostic réservé.

Accouchement : Césarienne. Enfant de 3.630 g.

Obs. n° 938/59. — Primipare de 28 ans.

Bassin de forme trapézoïde. PPM = 10,8. TM = 12,2.

Sacrum normal.

Redressement des lignes innominées.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.880 g.

Obs. n° 2951/59. — Primipare de 18 ans.

Bassin asymétrique. PPM = 10,4. TM = 13,5. Diamètre oblique long : 13,5. Diamètre oblique court : 11,75.

Sacrum en hippocampe.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.300 g.

Obs. n° 2987/60. — Primipare de 28 ans.

Bassin coxalgique avec atrophie et léger redressement du côté droit malade et redressement un peu plus important du côté sain ; bi-sciatique > 10 ; bi-ischiatique suffisant.

Verticalisation de l'arcade pubienne.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.200 g.

Obs. n° 1090/61. — Primipare de 18 ans 1/2.

Bassin : PPM $< 12,25$, TM < 13 ; oblique gauche 12,75 ; oblique droit $< 11,1$.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.720 g.

Obs. n° 2410/61. — Primipare de 21 ans.

Bassin de luxation congénitale de la hanche, asymétrie légère par atrophie du côté luxé et redressement du côté sain. TM > 12 . Différence entre les deux diamètres obliques : 5 mm.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 2.760 g.

Obs. n° 2592/61. — Primipare de 26 ans.

Bassin en entonnoir. PPM > 12 , TM > 13 ; bi-sciatique = 8,1 ; bi-ischiatique = 9,5.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.380 g.

Obs. n° 563/62. — Primipare de 23 ans.

Bassin d'asymétrie légère. PPM > 12 , TM = 11,9 ; oblique droit : 10 ; oblique gauche : 13.

Sacrum avec faux promontoire.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.750 g.

Obs. n° 1083/62. — Primipare de 23 ans.

Bassin asymétrique. PPM = 11, TM = 12,5 ; différence entre les deux diamètres obliques : 2 cm ; bisciatique = 9,8 ; bi-ischiatique < 10.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.000 g.

Bassins sensiblement normaux

Obs. n° 1053/58. — Primipare de 25 ans.

Bassin : PPM = 10,7, TM = 12,7.

Sacralisation de L5.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.500 g.

Obs n° 1342/58. — Primipare de 24 ans.

Bassin : PPM = 11,2, TM = 12,8.

Sacrum avec faux promontoire.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 2.710 g.

Obs n° 730/59. — Primipare de 23 ans.

Bassin : PPM = 11, TM = 13.

Bi-ischiatique = 11.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement : Forceps simple. Enfant de 4.100 g.

Obs. n° 1349/59. — Primipare de 27 ans.

Bassin : PPM < 11,75, TM = 13,5.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement : Forceps simple. Enfant de 3.900 g.

Obs. n° 850/61. — Primipare de 33 ans.

Bassin déformée : PPM = 11, TM = 12,2.

Sacrum plat.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement : Forceps simple. Enfant de 3.120 g.

Obs. n° 1305/61. — Primipare de 29 ans.

Bassin : PPM < 11, TM < 12,5.

Sacrum en hippocampe.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.500 g.

Obs. n° 2337/6. — Primipare de 23 ans.

Bassin étagé. PPM = 11, TM = 12.

Sacrum avec faux promontoires S₁S₂, S₂S₃.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 2.950 g.

Obs. n° 2602/61. — Primipare de 23 ans.

Bassin : PPM = 11,25, TM = 12,75.

Sacrum avec faux promontoire S₁ S₂.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement : Forceps simple. Enfant de 3.950 g.

Obs. n° 2805/61. — Primipare de 20 ans.

Bassin : PPM = 11,5, TM = 12.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 2.830 g.

Obs. n° 871/62. — Primipare de 39 ans.

Bassin rond de dimensions suffisantes : PPM = 12, TM = 13.

Sacrum : ébauche d'hippocampe.

Léger redressement des lignes innominées.

Pronostic très bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 4.050 g.

Suites infantiles

MORTALITE.

Obs. n° 563/62. — Primipare de 23 ans.

Bassin d'asymétrie légère. PPM > 12, TM = 11,9. Diam. obl. g. 13.
Diam. obl. droit 10.

Sacrum avec faux promontoire.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.750 g non réanimé (syncope blanche).

Vérification anatomique : hématome sous-dural pariétal postérieur strictement situé au-dessus de la tente du cervelet ; surrénales hémorragiques.

Le taux de mortalité est donc de 0,59 %.

MORT APPARENTE DU NOUVEAU-NE.

Obs. n° 2161/57.

Césarienne, Enfant de 3.500 g né étonné.
Durée de la réanimation R < 5 minutes.
Départ en excellente santé.

Obs. n° 2687/57.

Accouchement spontané 15 jours avant terme d'un enfant de 3.700 g en état de mort apparente. R < 5 minutes.
Départ en excellente santé.

Obs. n° 2669/58.

Accouchement spontané d'un enfant de 3.600 g en état de mort apparente. R = 1 minute.
Départ en excellente santé.

Obs. n° 444/59.

Césarienne, Enfant de 3.220 g en état de mort apparente. R < 5 minutes.
Départ en excellente santé.

Obs. n° 2510/61.

Césarienne, Enfant de 3.300 g en état de mort apparente. R < 5 minutes.
Départ en excellente santé.

Sur les 167 accouchements, nous avons relevé une syncope blanche non réanimée et 5 naissances en état de mort apparente sans signes ultérieurs d'hémorragie méningée. Ces 5 nouveau-nés ont du reste quitté le Service en excellente santé. Le taux de mortalité faible est de l'ordre de 0,60 %.

CHAPITRE TROISIEME

COMPARAISON DE L'ACCOUCHEMENT AVEC LE PRONOSTIC

Si la pelvimétrie (externe et digitale) et la radiopelvimétrie renseignent d'une manière précise sur la configuration du bassin, la tâche de l'accoucheur, bien que soulagée, ne finit pas pour autant. En physiologie humaine, plus qu'ailleurs, les réactions ne sauraient être ni mises en équation, ni prévues d'une façon mathématique ; aussi comprend-on que si des mesures pelvimétriques acceptables sont un critère nécessaire pour prévoir l'engagement et la descente de la tête fœtale, d'autres facteurs ne sont pas moins importants à considérer : la malléabilité de la tête fœtale, l'efficacité des contractions utérines, la souplesse du périnée, les antécédents gynécologiques et obstétricaux, etc. Ce sera donc en possession de tous ces renseignements que l'accoucheur portera le pronostic obstétrical ; celui-ci n'étant pas à l'abri de surprises, l'accouchement peut se terminer d'une façon totalement contraire à celle prévue.

C'est pour cette raison que nous considérons ces surprises comme le coefficient d'erreur susceptible d'entacher tout pronostic émis au début du dernier mois de grossesse.

Cependant, avant de passer à l'examen des observations, il nous semble nécessaire de préciser l'esprit dans lequel nous avons abordé ce problème. Il existe grosso modo trois éventualités :

1° Le pronostic obstétrical est bon : les dimensions du bassin sont compatibles avec un accouchement par les voies naturelles, c'est d'indication de l'épreuve du travail ;

2° Le pronostic est mauvais : la perméabilité pelvienne n'admet pas le passage du fœtus (bassins chirurgicaux), c'est l'indication de la césarienne prophylactique ;

3° Le pronostic est réservé ; ici le transit pelvien est véritablement aux confins du possible ; dans ce cas, l'épreuve du travail nécessite une surveillance particulière.

Si dans les deux premiers cas il est facile de vérifier les erreurs, parce qu'il y a eu échec ou succès de l'épreuve du travail, contrairement aux prévisions, dans le troisième cas, le problème est plus délicat et mérite des précisions.

En effet, quand le pronostic obstétrical est réservé, dans quelles conditions peut-on estimer qu'il n'est pas confirmé par l'accouchement ? Un succès ou un échec de l'épreuve du travail ne peuvent être a priori, nous semble-t-il, interprétés comme une erreur d'appréciation dans la mesure où cette épreuve du travail se déroule dans les heures qui suivent la rupture artificielle des membranes. Nous sommes ici sur un terrain assez difficile, mais raisonnablement nous pensons que quand on dit épreuve du travail courte, avec pronostic réservé, il y a erreur uniquement dans les cas où l'accouchement se déroule vite et sans incident ; dans le cas contraire, on peut penser que le pronostic est vérifié toutes les fois que l'épreuve du travail a été laborieuse et s'est terminée par une césarienne.

★ ★

Il est intéressant de savoir quels sont les types de bassins qui entraînent le plus grand nombre d'erreurs d'appréciation pronostique. Ici aussi, la question est difficile, car plus on va, plus on s'aperçoit de l'importance prise au cours de l'épreuve du travail par l'inclinaison de la symphyse, par certaines déformations du sacrum, par les dimensions du détroit moyen et cependant on continue à classer les angusties pelviennes en fonction de la forme et des dimensions du détroit supérieur. C'est cette règle que nous avons suivie en étudiant les erreurs de pronostic enregistrées en fonction des différents types de bassins.

Bassins aplatis purs

Sur 34 observations, le pronostic s'est montré erroné deux fois, d'où un coefficient d'erreur de 5,8 %.

Obs. n° 1854/60. — Primipare de 25 ans.

Bassin de forte antéverson. PPM = 10, DU = 9,8, TM = 12,5.

Sacrum normal.

Pronostic bon en principe.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement : Césarienne. Extraction d'une fille de 3.980 g.

Obs. n° 2510/61. — Primipare de 24 ans.

Bassin : PPM = 9, TM = 12,5.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement : Césarienne. Extraction d'un garçon de 3.300 g.

Bassins transversalement rétrécis

Sur les 68 observations de cette catégorie, 5 fois il y a eu une erreur de pronostic, d'où un coefficient d'erreur de 7,3 %.

Obs. n° 1990/56. — Primipare de 23 ans.

Bassin : PPM = 11, TM = 11.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic favorable en principe.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable.

Accouchement : Césarienne. Extraction d'une fille de 3.800 g.

Obs. n° 2109/57. — Primipare de 23 ans.

Bassin : PPM = 10,7, TM = 10,5 ; bi-ischiatique rétréci.

Sacrum normal.

Arc. pub. haute.

Pronostic : impression défavorable.

Décision thérapeutique : E. du T. de durée normale avec pronostic défavorable.

Accouchement : Forceps simple au bas de l'excavation. Garçon de 4.260 g.

Obs. n° 729/59. — Primipare de 30 ans.

Bassin : PPM = 9,8, TM = 11 ; bischiatique = 9,8 ; bi-ischiatique = 10,5.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic réservé.

Décision thérapeutique : E. du T. courte avec pronostic réservé.

Accouchement : Forceps d'essai facile. Garçon de 2.920 g.

Obs. n° 1600/59. — Primipare de 18 ans 1/2.

Bassin : PPM = 10, DU = 10, TM = 10,5 ; bischiatique = 9,5.

Sacrum avec faux promontoire.

Arc. pub. normale.

Pronostic : impression défavorable.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic réservé.

Accouchement spontané d'un garçon de 2.580 g.

Obs. n° 1302/61. — Primipare de 33 ans.

Bassin cyphotique en entonnoir : PPM = 11,5, TM = 11,2 ; bi-ischiatique < 8.

Sacrum avec faux promontoire S1 S2.

Arc. pub. pincée.

Pronostic assez bon.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic favorable, mais attention au détroit inférieur.

Accouchement : Césarienne. Extraction d'un garçon de 3.400 g.

Bassins aplatis et généralement rétrécis

Deux erreurs de pronostic sur 27 observations, d'où un coefficient d'erreur de 7,4 %.

Obs. n° 851/56. — Primipare de 24 ans.

Bassin : PPM = 9,5, TM = 11,5.

Sacrum normal.

Arc. pub. de rayon de courbure diminué.

Pronostic réservé.

Décision thérapeutique : E. du T. de pronostic réservé.

Accouchement spontané d'un garçon de 3.000 g.

Obs. n° 1212/60. — Primipare de 19 ans.

Bassin : PPM = 10, TM = 11,2.

Sacrum normal.

Arc. pub. redressée donnant au détroit supérieur un aspect triangulaire.

Pronostic réservé.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic réservé.

Accouchement spontané d'une fille de 2.450 g.

Bassins généralement rétrécis

Le pronostic s'est révélé erroné trois fois sur les 13 observations de cette catégorie de bassins, d'où un coefficient d'erreur de 23 %.

Obs. n° 2855/57. — Primipare de 27 ans.

Bassin : PPM = 10, TM = 12.

Sacrum avec faux promontoire.

Arc. pub. normale.

Pronostic réservé (gros enfant).

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic réservé.

Accouchement : Forceps simple. Garçon de 4.120 g.

Obs. n° 2464/58. — Primipare de 20 ans.

Bassin : PPM = 10, TM = 11,8.

Sacrum normal.

Arc. pub. normale.

Pronostic favorable.

Décision thérapeutique : surveillance de l'E. du T.

Accouchement : Césarienne. Extraction d'une fille de 3.750 g.

Obs. n° 291/61. — Primipare de 29 ans.

Bassin : PPM = 10, TM = 11,8.

Sacrum avec faux promontoire S1 S2.

Arc. pub. normale.

Pronostic réservé.

Décision thérapeutique : E. du T. avec pronostic réservé.

Accouchement : Forceps simple. Fille de 3.200 g.

Bassins asymétriques

Sur les 14 observations, on a enregistré une seule erreur de pronostic, d'où un coefficient d'erreur de 7,1 %.

Obs. n° 2901/58. — Primipare de 27 ans.

Bassin asymétrique au détroit supérieur. PPM < 10,5, TM = 11,3 ; diamètre oblique droit = 10 ; diamètre oblique gauche = 11,5.

Sacrum redressé.

Pronostic assez bon.

Décision thérapeutique : E. du T. un peu poussée avec pronostic assez favorable.

Accouchement : Césarienne. Extraction d'une fille de 3.630 g.

★ ★

B. aplatis : 2 erreurs sur 34 obs. Coeff. d'erreur = 5,8 %.

B. transversalement rétrécis : 5 erreurs sur 69 obs. Coeff. d'erreur = 7,3 %.

B. aplatis et généralement rétrécis : 2 erreurs sur 27 obs. Coeff. d'erreur = 7,4 %.

B. généralement rétrécis : 3 erreurs sur 13 obs. Coeff. d'erreur = 23 %.

B. asymétriques : 1 erreur sur 14 obs. Coeff. d'erreur = 7,1 %.

Total des erreurs = 13 sur 167 observations.

Si l'on résume maintenant l'ensemble de ces observations, on voit que le pronostic fait dans les meilleures conditions un mois avant terme a été démenti par les faits 13 fois à propos de 167 observations. Le pronostic s'est montré trop pessimiste dans 7 cas où une épreuve du travail courte avait été décidée, alors que l'accouchement s'est déroulé rapidement et sans incident, donnant naissance à un enfant de poids normal ; par contre, le pronostic a été trop favorable dans

6 cas où l'on avait décidé une épreuve du travail de durée normale ou même prolongée avec impression favorable et où il a fallu pratiquer une césarienne.

On voit donc que dans l'ensemble le pronostic obstétrical est possible et que l'association de la clinique et de la pelvimétrie radiologique permet dans la presque totalité des cas de prévoir les événements obstétricaux.

L'établissement soigneux du pronostic, intéressant en lui-même, l'est aussi dans la mesure où il établit une liaison entre les services de consultation et les salles d'accouchements. Si l'on écarte de ces considérations la question des césariennes prophylactiques, il est tout à fait capital que, lorsqu'une femme examinée dans le Service arrive pour accoucher dans les salles de travail, le personnel responsable soit informé très exactement de la conduite à tenir et qu'en particulier, non seulement soient fournis des renseignements exacts sur les dimensions, la forme et l'inclinaison du bassin, et aussi bien entendu sur le mode de présentation et sur le volume fœtal, mais encore sur la manière, précisée à l'avance par le Chef de Service, dont doit être dirigée et surveillée l'épreuve du travail. Cette manière de procéder donne dans le Service d'excellents résultats, car, à propos de 167 bassins rétrécis, dépistés à la fin de la grossesse, un seul enfant a succombé, et cela immédiatement après l'accouchement ; le taux de mortalité infantile se révèle ainsi inférieur à 0,60 %.

CONCLUSIONS

Nous étudions dans quelle mesure le pronostic mécanique de l'accouchement, établi en fin de grossesse, se trouve vérifié au cours du travail.

Ce pronostic mécanique est établi sur les données suivantes :

A. — L'examen clinique, qui permet de soupçonner une dystocie possible et donne des renseignements sur la présentation, le volume de l'enfant, l'accommodation, le sacrum, l'arcade pubienne et les épines sciatiques.

B. — La pelvimétrie radiologique qui permet d'apprécier non seulement les dimensions mais encore la forme du détroit supérieur.

Elle permet, en particulier, d'étudier l'arc antérieur et de dépister certains bassins transversalement rétrécis qui échappent complètement à l'examen clinique.

Ce pronostic, établi à la fin du 8^e mois et confirmé au 9^e, s'est révélé, à propos de 167 observations, exact dans 154 d'entre elles ; 13 fois le pronostic a été démenti par le déroulement de l'accouchement ; 7 fois un pronostic pessimiste a été suivi d'un accouchement très simple par les voies naturelles ; 6 fois un pronostic favorable ne s'est pas réalisé et l'on a pratiqué une césarienne.

Vu : Le Doyen
H. HERMANN

Le Président de la Thèse :
H. PIGEAUD

Vu et permis d'imprimer :
LYON, le 7 Juin 1963

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université :
P. LOUIS

BIBLIOGRAPHIE

- EANSILLON E., NOTTER A., REBOUL P. — Considérations anatomo-cliniques sur les bassins transversalement rétrécis. *Gyn. Obst.*, 1953, 52, n° 5, 479-481, 2 fig.
- BENFADHEL S. — De la pratique de la radio-pelvimétrie dans un service obstétrical hospitalier. *Thèse Paris*, 1962 : n° 362, 52 pages.
- BEREZIN D. — Le rétrécissement du bassin au cours de la grossesse et après l'accouchement. *Acta obst. gyn. scand.*, 1954, 33, n° 3 (suppl.), 5-119, 16 fig., 21 tabl., 10^e pl. (Bibliographie).
- BLACK M.D. — Déclenchement chirurgical du travail dans le cas de bassin rétréci. *J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, av. 1960, 67, n° 2, 234-237 (Bibliogr.).
- BORELL U. et FERNSTROM I. — Le modelage de la tête fœtale dans le cas de bassin rétréci. *Geburtsh. Frauench.*, oct. 1958, 18, n° 10, 1245-1256, 6 fig. (Bibliogr.) (résumé anglais).
- BOURDE B.I. — L'accouchement dans le cas de bassin rétréci au cours de 35 ans. *Akoucherstwo i guinekologiya*, 1958, n° 5, 41-44.
- BROCHIER A. et al. — Fréquence et pronostic des bassins transversalement rétrécis. *Rev. franç. Gyn. Obst.*, mai 1949, 44, N° 4, 109-112.
- CATTANEO L. — Conception actuelle du « bassin-limite ». *Clin. ost. gin.*, fév. 1953, 55, n° 1, 1-7.
- COUTON J.-A. — Les résultats de l'épreuve du travail dans les bassins limites à Bordeaux de 1926-1937. *Thèse Bordeaux* 1938-39, n° 71.
- DRAY C.-M. — Etude de la valeur pronostique de la radiopelvimétrie (son intérêt dans l'épreuve du travail). *Thèse Paris*, 1956, n° 278, 74 pages.
- GIBBERD G.F. — Pouvons-nous déterminer correctement une disproportion céphalopelvienne. *Am. J. Obst. Gyn.*, juin 1953, 65, n° 6, 1284-1292, 9 tabl.
- GUILHEM P. — Notre conduite de l'épreuve du travail dans les bassins rétrécis. *Rev. franç. Gyn. Obst.*, nov.-déc. 1955, 50, n° 11-12, 360-363.
- GUILHEM P., PONTONNIER A., MONROZIES M. et FOURNIÉ J. — La conduite de l'épreuve du travail sous perfusion d'ocytociques dans les bassins limités. *Bul. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 1955, 7, n° 3, 342-344.
- HANSON S. — Le rétrécissement de la partie haute du bassin moyen. *Am. J. Obst. Gyn.*, fév. 1953, 65, n° 2, 290-293, 2 tabl.

- HODGES P.C. et NICHOLS R.L. — Les dimensions pelviennes dans l'eutocie et la dystocie. *Radiology*, nov. 1951, 57, n° 5, 661, 668 (Bibliogr.).
- IVIANE W. — Conduite de l'accouchement à domicile et en clinique en cas de bassin étroit. *Deutsche med.*, n° 40, 4 oct. 1940, 1102-1106 (Bibliogr.).
- JACOBS J. — Traitement et résultats du travail avec des bassins limites. *Am. J. Obst. Gyn.*, fév. 1942, 43, n° 2, 267.
- JEAN-LOUIS E. — Le pronostic des dystocies pelviennes à la lumière de la radiopelvimétrie. Etude statistique portant sur 961 dossiers radiographiques. *Thèse Lyon*, 1958, n° 81, 111 p.
- KALTREIDER D.F. — Critères du rétrécissement du détroit moyen. *Am. J. Obst. Gyn.*, fév. 1952, 63, n° 2, 392-399, 6 fig. (Bibliogr.).
- La forme du bassin et ses rapports avec le pronostic du détroit moyen. *Am. J. Obst. Gyn.*, janv. 1952, 63, n° 1, 116-121, 6 fig.
- Prévion de la dystocie du détroit inférieur et son traitement. *Am. J. Obst. Gyn.*, mai 1954, 67, n° 5, 1049-1066, 14 fig., 10 tabl. (Bibliogr.).
- Le rétrécissement du détroit inférieur. *J.A.M.A.*, 6 mars 1954, 154, n° 10, 824-827 (6 fig.).
- Les critères du rétrécissement du bassin. Quelle est leur valeur ? *Am. J. Obst. Gyn.*, sept. 1951, 62, n° 3, 600-606, 5 fig. (Bibliogr.).
- KERR J.M.M. — Disproportions pelviennes. *Brit.*, 11-5-25, avril 1935, n° 4086, p. 857-862.
- KNEBEL Rudolf. — Le mécanisme d'accommodation relative entre tête et bassin étroit, et son appréciation méthodique dans l'obstétrique vaginale. *Zschr. Gbh. Gyn.*, T. 123, n° 3, 7 avril 1912, 326-349, 64 fig. (Bibliogr.).
- KOKROVSKY I.A. — Les parallèles clinico-radiologiques dans l'accouchement dans le cas de bassin étroit. *Akouckerstoo Guinek.* (Moscou), 1958, n° 3, 11-15, 1 tabl., 9 fig.
- LEON D. — La radiologie dans le diagnostic de la disproportion pelvico-fœtale. *Prensa méd. Argent.*, 14 déc. 1956, 43, n° 50, 3695-3701, 5 fig. (Bibliogr.).
- LOLISE K. — Pronostic pour accouchement en présentation normale avec bassin plat. *Tsohr. Pel. Gyn.*, 30 mars 1943, 125, N° 1, 136-155 (Bibliogr.).
- LYONNET H. — Des moyens d'évaluer en fin de grossesse le poids du fœtus et les dimensions de sa tête. *Thèse Lyon*, 1930-31.
- MACDONALD C. — La pelvimétrie : analyse de 1.000 cas. *Med. J. Australia*, 11 oct. 1952, 39, n° 15, 513-515.
- MAGNIN P. — Comment classer les bassins rétrécis ? Valeur pronostique de l'indice du détroit supérieur. *Gyn. Obst.*, 1955, 54, n° 1, 76-86, 6 fig. (Bibliogr.).
- MAGNIN et NOEL. — Fréquence des bassins transversalement rétrécis étudiés à la lumière de la pelvimétrie. *Gyn. Obst.*, 1948, 47, n° 6 bis, 1183-1185.

- MENGERT W.F. — Accouchement des malades à bassin rétréci. *Am. J. Obst. Gyn.*, juill. 1954, 68, N° 1, 250-261, 7 fig. (Bibliogr.).
- NOTTER A. et BOUILLET R. — Etude radio-pelvimétrique de la symphyse pubienne dans les bassins normaux et pathologiques (d'après 216 observations). *Gyn. Obst.*, 1952, 51, n° 1, 65-70, 6 fig.
- NOVIS A. — Evolution du travail dans les bassins viciés. *Rev. Gyn. Obst.*, oct. 1952, 46, n° 4, 665-670.
- PIGEAUD et MAGNIN. — *Gyn. Obst. I*, E.M.C., 17 fascicules, 5050 A10 à 5050 G10.
- PIMBLETT B.W. et WHITE T.G.E. — Valeur de la radio-pelvimétrie anténatale. Etude basée sur 500 examens pelvimétriques. *J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, fév. 1955, 62, n° 1, 17-28, 7 fig. (Bibliogr.).
- POUZADOUX J. — Contribution à l'étude des bassins transversalement rétrécis. *Thèse Paris*, 1957, n° 646, 108 pages.
- REYGAERTS J. — Anomalies du sacrum et dystocie. *Gyn. Obst. (suppl.)*, 1954, 6, n° 2, 173.
- REYMOND-LORAS G. — Intérêt pronostic de la radio-pelvimétrie au cours du travail. *Thèse Lyon*, 16 mars 1948, n° 107, 48 p.
- RIVIÈRE M., CHASTRUSSE L. et DUBECQ J.-P. — Du pronostic de l'accouchement dans les bassins rétrécis. *Bull. Méd. Soc. Gyn. Obst.*, oct.-déc. 1961, 13, n° 5, 560-564.
- STEER Ch. M. La radio-pelvimétrie et le résultat du travail. *Am. J. Obst. Gyn.*, juill. 1958, 76, n° 1, 118-131, 8 tabl., 3 fig.
- THOMS H. et SCHUMACHER P.C. — Significations cliniques du rétrécissement pelvien du plan moyen. *Am. J. Obst. a. Gyn.*, juill. 1944, 48, n° 1, 52.
- THOMS H. et WYATT R.H. — Etude du rétrécissement du détroit moyen. *Am. J. Obst. Gyn.*, fév. 1950, 59, n° 2, 424-428 (Bibliogr.).
- TRILLAT et MAGNIN P. — Intérêt de la radiographie de profil du sacrum dans le pronostic des viciations pelviennes. *Gyn. et Obst.*, 1947, 46, N° 2, 272.
- VERT S.-A. — Etude radiologique des anomalies de la charnière lombosacrée dans les bassins rétrécis. Son intérêt dans le pronostic de l'épreuve du travail. *Thèse Paris*, 1955, n° 97, 67 pages.
- WEINBERG A. et SCADRON S. — Valeur de la pelvi-radiographie dans le traitement de la dystocie. *Am. J. Obst. Gyn.*, août 1943, 46, N° 2, 245.
- WILDE (B. et O.). — A propos de la connaissance du bassin rétréci. II. (Communication). La signification des mensurations pelviennes externes pour la conduite de l'accouchement. *Archiv. Gynakol.*, 1950, 177, n° 1, 1-21. (Bibliogr.).

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	17
CHAPITRE I	
Les éléments du pronostic mécanique de l'accouchement	19
CHAPITRE II	
Les observations	25
Avertissement	26
Observations	27
CHAPITRE III	
Comparaison de l'accouchement avec le pronostic	53
CONCLUSIONS	59
BIBLIOGRAPHIE	61

